

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

adie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° S19-0018363

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10487**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Dafza H. Azzeddine** Date de naissance : **29/12/58**

Adresse : **Bt AKID ALCAM n° 9 BOURNAZEL Casa**

Tél. : **06 68 57 76 84** Total des frais engagés : **878 D.H** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous li confidéntiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

OSPITALISATION EN CLINIQUE
OSPITALISATION EN HOPITAL
OSPITALISATION EN SANATORIUM OU
EVENTORIUM
JOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
des répétés en plusieurs séances ou actes
aux comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT
14/10/19
AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1582370

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *Dafra Mahr Azzedine*

Matricule : *10487* Fonction : *Manœuvre* Poste : */*

Adresse : *Bf AKID ALCAM N° 9 BOURNAZÉ*

Tél. : *06 68 57 76 84* Signature Adhérent : */*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *Dafra Mahr Noujide*

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : *14/10/19*

Nature de la maladie : *DC abd ch conipu*

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

Accident le 14/10/19 à Casablanca

A *10487* le *14/10/19* Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

68, Rue du 1er Novembre 1955 Casablanca

1er Etage, Appartement 022/37 Tel. 022 37 11 19

Signature et cachet du médecin

68, Rue du 1er Novembre 1955 Casablanca

1er Etage, Appartement 022/37 Tel. 022 37 11 19

Signature et cachet du médecin

68, Rue du 1er Novembre 1955 Casablanca

1er Etage, Appartement 022/37 Tel. 022 37 11 19

Signature et cachet du médecin

68, Rue du 1er Novembre 1955 Casablanca

1er Etage, Appartement 022/37 Tel. 022 37 11 19

Signature et cachet du médecin

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : *10487* 1582370

Nom du patient : *Rachid Radia*

Date de dépôt : *14/10/19*

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/09/13	CS	?	150,00	 Médecine Générale Rue 11, Cité My Rachid, Casablanca 68 Etage, Appt N° 1 112 37 22 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
14 Nov 19	14 Nov 19	22800

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Radiologie 21000 Casablanca 532 Bd. 21000 Casablanca Tél +212 52 200 000 212 522 8044</i>	16.11.03	Echographie abdominale	500 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E



Casablanca, le 10/10/19 : الدار البيضاء، في

D. F. Al-Habib

7160

1) Normal

8950 A → XS 81j

2) Laxifor

4040 P → XS 81j

3) Ichosp

2762 A → XS 81j

4) Alivier

05.22.37.22.22 (شارع القوات المساعدة)، الطابق الأول، الشقة رقم 1 - بورنازيل - الدار البيضاء - الهاتف :

N° 68, Rue 11 (Avenue Forces Auxiliaires), 1^{er} Etage, Appt. N° 1 - Bournazil - Casablanca - Tél. : 05 22.37.22.22

LOT : 09316023

PER : 08/2021

PPV : 01/2021

27,00

PAR PRESENTATION

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTIPSYCHOTIQUE NEUROLEPTIQUE BENZAMIDE.

(N : Système Nerveux)

Indications:

Chez l'adulte : Traitement symptomatique de courte durée de l'anxiété en cas d'échec des thérapeutiques habituelles.

Chez l'enfant (de plus de 6 ans) : Troubles graves du comportement (agitation, automutilations, stéréotypies), notamment dans le cadre des syndromes autistiques.

CONTRE- INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie au sulpiride ou à l'un des constituants de la gélule,
- phéochromocytome, connu ou suspecté.
- en association avec les antiparkinsoniens dopaminergiques.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS être utilisé, sauf avis contraire de votre médecin, pendant l'allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas d'apparition de fièvre inexpliquée, de pâleur ou de forte transpiration, il est impératif d'alerter immédiatement un médecin ou un service d'urgence.

Afin de dépister un éventuel trouble cardiaque, votre médecin pourra être amené à vous faire pratiquer un électrocardiogramme.

Chez l'enfant, un suivi médical régulier est indispensable. La prise de comprimé ou de gélule est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans car il peut avaler de travers et s'étouffer.

En raison de présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption de glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin que votre médecin puisse adapter la posologie et/ ou la surveillance de votre traitement :

Il est nécessaire de le prévenir en cas de :

- maladie cardiaque,
- maladie de Parkinson,
- insuffisance rénale,
- antécédents de convulsions (ancienne ou récente), épilepsie.

La prise de boissons alcoolisées est fortement déconseillée pendant la durée du traitement.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Lot
de

10123 0423

REF. 317MA

LOT

PER

Prix

89,50



COMPOSITION : Dose par gélule

- Séné	140 mg
- Radis Noir	75 mg
- Anis Etoilé	75 mg
- Cascara	30 mg

PROPRIETES :

LIXIFOR Actif dès le premier jour spécialement formulé pour :

- Régulation du volume et de la fréquence des selles
- Réduction des gaz
- Ballonnement et pesanteur abdominale
- Active le péristaltisme
- Améliore le confort intestinal
- Stimule le transit intestinal
- Combat les fermentations intestinales
- Favorise un transit régulier

CONSEILS D'UTILISATION :

- 1 gélule par jour le soir au coucher avec un verre d'eau.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas administrer aux enfants de moins de 12 ans.
- Ce produit est déconseillé aux femmes enceintes ou qui allaitent sans avis médical.
- A conserver dans un endroit sec et frais.
- Sans ingrédient d'origine animale, sans gluten, sans gélatine.

PRESENTATION :

Boite de 15 gélules.

LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES
FORTE PHARMA
"Le Patio Palace" - 41 - Av. Hector otto
98000 - MONACO

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

00 mg comprimés pelliculés : boîte contenant un blister sur 12 comprimés.

DOCUMENTATION DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ

PRODUCTEUR

FA WASSERMANN S.p.A.

a Enrico Fermi, 1

anno (Pescara), Italie

date de révision de la notice: 28/10/2013.



01251980



NORM

200 mg comprimé

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT

NORMIX® 200 mg comprimés pelliculés

CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

Antibiotiques, antimicrobiens intestinaux

SURDOSEAGE

INDICATIONS

- Infections intestinales aigues et chroniques soutenues par des bactéries Gram-positives et Gram-négatives, syndrome diarrhéique.
- Diarrhée provoquée par un équilibre altéré de la flore microbienne (diarrhée estivale diarrhée du voyageur, entéocolite).
- Prophylaxie pré et postopératoire des complications infectieuses dans les interventions chirurgicales du tractus gastro-intestinal.
- Traitement adjuvant des hyperammoniémies.

CONTRE-INDICATIONS

Hypersensibilité à la substance active, aux rifamycines ou aux autres excipients.

ميتروسباسمبل®

ستوكون 300 مل

مترات، أنتيرين 60 مل

vn8216
رقم الصنعة /
03-2019
03-2022
ن.ع.ا.ص. /
ن.ع.ا.ص. /

METEOSPASMYL® 8 20 caps molles

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



6 118801 100293

20 كبسولة لينة



مايوتي
سباسمبل

ou information.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que MeteoSpasmol®, capsule molle et dans quels cas est-il utilisé?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre MeteoSpasmol®, capsule molle?
3. Comment prendre MeteoSpasmol®, capsule molle?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels?
5. Comment conserver MeteoSpasmol®, capsule molle?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE MeteoSpasmol®, capsule molle ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ?

Classe pharmacothérapeutique

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE / ANTIFLATULENT

(A : appareil digestif et métabolisme)

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs digestives avec ballonnements.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE MeteoSpasmol®, capsule molle ?

Capsule molle

Précautions d'utilisation :

• ne pas prendre MeteoSpasmol® au moment des repas ou au moment des douleurs.

• si vous ressentez des effets indésirables, arrêtez de prendre MeteoSpasmol®, capsule molle et consultez immédiatement votre pharmacien.

• prendre MeteoSpasmol®, capsule molle au moins deux fois par jour pour compenser la dose quotidienne de prendre.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tout les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Les effets indésirables suivants, très rares, ont été rapportés :

- urticaire, œdème laryngé, choc,
- atteinte du foie régressive à l'arrêt du traitement.

Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM).

Site Internet : www.ansm.sante.fr

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

5. COMMENT CONSERVER MeteoSpasmol®, capsule molle ?

• Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.



Dr. Wadia ZAMIATI

Professeur en Radiologie

- IRM 1,5 T
- SCANNER MULTIBARETTES
- ECHOGRAPHIE
- ECHO-DOPPLER
- ECHOGRAPHIE FŒTALE 3D, 4D
- MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- SÉNOLOGIE INTERVENTIONNELLE
- PANORAMIQUE
- TELERADIO NUMÉRISÉE
- CONE-BEAM
- RADIOLOGIE NUMÉRISÉE
- RACHIS ENTIER - GONOMÉTRIE
- OSTÉODENSITOMÉTRIE
- RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE.
(SCANNER, ÉCHOGRAPHIE)
- RADIO-PHOTO

الفحص بالأشعة

2 مارس - السنة

Dr. Amina GHARBI

Professeur en Radiologie

Casablanca, le 16/10/2019

Mme DAFRALLAH NADIA

DR.LAMHAOUAR

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Foie de taille normale, de contours réguliers, homogène sans lésion focale en son sein.

Vésicule biliaire libre à paroi fine.

Voie biliaire principale et tronc porte de calibre normal.

Absence de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques.

Rate, pancréas et rein gauche d'aspect échographique normal.

Présence d'un petit nodule hyperéchogène au niveau du cortex rénal et médio-rénal droit, mesure 7 mm, sans cône d'ombre.

Rein droit d'aspect normal par ailleurs.

Absence d'adénopathie profonde.

Absence d'épanchement péritonéal.

AU TOTAL :

Présence d'un petit nodule cortical rénal droit hyperéchogène faisant évoquer en premier un angiomyolipome.

Dr. Amina GHARBI
Radiologue - 2 Mars - Souna
512, Bd. 2 Mars - Casablanca

PR GHARBI A.

Radioologie 2 Mars - Souna
512 Bd. 2 Mars - Casablanca
Tél. +212 522 800 600
+212 522 800 111
+212 522 800 111

Avec mes amicales salutations



Casablanca, le 14/10/19 الدار البيضاء، في

Dafallah Nadi

Echographie
abdominal

Dr Abd. Chouaie

68 Rue 11, Cite My Ractie,
1^{ère} Etage, Appt N° 1, Casablanca
Tel : 022.37.22.22

Radiologie 2 Mars - Souna
432 Bd. 2 Mars - Casablanca
Tel +212 522 800 600
212 522 800 111



Dr. Wadia ZAMIATI

Professeur en Radiologie

Dr. Amina GHARBI

Professeur en Radiologie

- IRM 1,5 T
- SCANNER MULTIBARETTES
- ECHOGRAPHIE
- ECHO-DOPPLER
- ECHOGRAPHIE FŒTALE 3D, 4D
- MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- SÉNOLOGIE INTERVENTIONNELLE
- PANORAMIQUE
- TELERADIO NUMÉRISÉE
- CONE-BEAM
- RADIOLOGIE NUMÉRISÉE
- RACHIS ENTIER - GONOMÉTRIE
- OSTÉODENSITOMÉTRIE
- RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE.
(SCANNER, ÉCHOGRAPHIE)
- RADIO-PHOTO

Casablanca, le 16/10/2019

Facture N° 10173/2019

INPE 090062985

Nom patient : **DAFRALLAH NADIA**

Examen(s) réalisé(s) :

ECHO ABDOMINALE:

Montant : **CINQ CENTS (500 DH)**

ARRETEE LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CINQ CENTS DIRHAMS

Radioologie 2 Mars - Souna
532 Bd. 2 Mars Casablanca
Tél +212 522 800 600
212 522 800 111